Aus der Chirurgischen Universitätsklinik in Hamburg
(Direktor: Prof. Dr. Konjetzny)

Die Wanderniere

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät der Hansischen Universität
in Hamburg

vorgelegt von

WOLFGANG-EBERHARD WEBER
aus Dessau

Hamburg 1938.

1. Berichterstatter: Doz. Dr. N e s t m a n n

2. Berichterstatter: Prof. Dr. K o n j e t z n y

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Hamburg

Druck: A. Preilipper, Hamburg 11, Admiralitätstr 16 / Fernruf 36 50 89

Plan:

1. Der Begriff Wanderniere.
2. Operationsindikation.
3. Operationserfolge.
4. Nachuntersuchungen.
5. Zusammenfassung.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548128_0066

Eine gute Abgrenzung des Begriffes Wanderniere von der Nierendystopie anatomisch, klinisch und auch entwicklungsgeschichtlich gibt *Kehrer* durch einen Vergleich. Er sagt: Die Dystopie verhält sich zur Ptose wie etwa der Totalvorfall der Scheide und Gebärmutter beim Neugeborenen zu dem durch zahlreiche Geburten und schwere Arbeit entstandenen Vorfall bei Erwachsenen.

Uns beschäftigt hier nur die Wanderniere, also die erworbene Form des Nierentiefstandes.

Nicht einmal der Begriff Wanderniere ist in der Literatur einheitlich festgelegt. Es ist vielmehr jedem Autor anheimgestellt, diesen beliebig weit zu dehnen. Deshalb wäre es auch völlig zwecklos, Statistiken, von denen ich später einige anführen muß, vergleichend betrachten zu wollen. Dasselbe gilt folgegemäß auch für die Operationsindikationen und für die wieder von diesen abhängigen Operationsresultate.

Die normalanatomischen Grenzen der Nieren beider Seiten sind schon verschiedene. Die linke reicht vom 11. Brustwirbel bis zum 3. Lendenwirbel, während die rechte eine Wirbelhöhe tiefer stehen soll. Auch diese angeführten Zahlen sind nur als Mittelwerte anzusehen, denn die Variationsmöglichkeiten innerhalb der normalanatomischen Grenzen sind schon so weite wie wohl bei keinem zweiten Organ im menschlichen Körper. Entsprechend schwanken auch die über die Länge der Ureteren angegebenen Zahlen zwischen 24 und 40 cm.

Ganz besonders vorsichtig aber müssen wir mit der Diagnose Wanderniere bei Kindern unter einem Jahre sein. Nach *Aglave* steht bei Kindern vor der Vollendung des ersten Lebensjahres der untere Nierenpol in der Fossa iliaca. Nach *Noeggerath* und *Nitschke* setzt nach der Geburt ein stärkeres Wachstum der hinteren Bauchwand, besonders der regio lumbalis ein. Hierdurch wird zwischen der 12. Rippe und der Crista iliaca Platz zur Einlagerung der Nieren geschaffen.

Auch *Leiner* erwähnt, daß das Vorkommen gut beweglicher Nieren bei Kindern gar keine Seltenheit ist. Er warnt vor leichtfertiger Stellung der Diagnose Wanderniere.

Schon im Kindesalter fällt auf, daß von allen Autoren angegeben wird, die Ptose sei bei ♀ häufiger als bei ♂ *(Comby, Miscrocchi)*. Nach Dupoux ist das Verhältnis ♀ : ♂ = 31 : 7. Nach *Baron* wurden bei 131 Untersuchten 3,8% an Wanderniere erkrankte ♂ und 37,5% erkrankte ♀ gefunden.

Für diesen zahlenmäßigen Unterschied der Beteiligung der Geschlechter auch beim Erwachsenen sprechen die Hundertzahlen aller Autoren. An den großen Zahlenunterschieden dieser Statistiken können wir wieder erkennen, wie mangelhaft der Begriff Wanderniere festgelegt ist. Schon die absolute Häufigkeit führt uns das klar vor Augen. Nach *Albarran* beträgt diese 10—12%, nach *Verhoggen* 46%, nach *Harris* 56%, nach *Depage* sogar 60%. *Küster* fand bei 207 untersuchten Männern einen an Wanderniere Erkrankten, bei Frauen war unter 22 Untersuchten 1 an Wanderniere Erkrankte. *Glénard* fand bei 100 untersuchten ♀ 22 Wandernieren. Die Verhältniszahlen sind nach *Lameraux* 2 : 55. Nach *Guyon* 3 : 27. Nach *Landau* 43 ♂ : 273 ♀. Altersstatistiken geben *Frangenheim, Lepage, Mayer, Roufahrt, Wehner* u. a., doch sind diese von zu geringem Wert für den Rahmen der Arbeit, als daß sie hier angeführt werden könnten.

Glénard und *Wolkow* zeigten mit ihren einst grundlegenden Arbeiten eine wie große Rolle die Konstitution als Grundlage der Ren mobilis spielt. Fußend auf diesen ersten Untersuchungen versuchte man die Beteiligung des Asthenikers bzw. des Bindegewebsschwächlings an dieser Erkrankung festzulegen. Das geschah auf verschiedene Art. *Delitzin* maß die untere Thoraxapertur, *Becher* und *Lenhof* den Bauchhöhlendurchmesser. Doch auch diese Untersuchungen brachten keine einheitlichen oder überzeugenden Resultate. *Wolkow* und *Delitzin* wiesen besonders auf die Bedeutung der Nierennische bei der Entstehung der Wanderniere hin. Sie zeigten an Gipsabgüssen, daß diese sich normalerweise nach unten verjüngt, daß sie aber beim asthenischen Typ — hier wieder gerade bei Frauen — nach unten weiter wird. Von Wichtigkeit sind ferner noch die Nierengefäße. Sie erlauben der Niere, da sie nur beschränkt dehnbar sind, nur ein geringes Senken, und treiben sie dadurch zwangsläufig in die bekannte Achsenrotationsstellung mit Hilusstellung nach oben. Nach *Wildbolz* wird die Senkung der Niere begünstigt durch ein tiefes Austreten der Arterie aus der Aorta.

Auf die Wiedereinführung des Begriffes Wanderniere durch *Rayer* (Traité des maladies de reins) Paris im Jahre 1841 gewann diese Erkrankung durch die Veröffentlichung „Über Wanderniere und chirurgische Behandlung derselben" wieder chirurgisches Interesse. Diese Veröffentlichung erschien aus der *Hahns* im Jahre 1903 in der D. Z. f. Chir. Seit dem Erscheinen dieser Arbeit begann man sich rege mit dieser Frage zu befassen. Es folgten Untersuchungen auf Theorien und anatomische Betrachtungen auf klinische Befunde. Aus dieser Zeit möchte ich nur die für unsere heutigen Anschauungen grundlegenden Arbeiten herausgreifen. *Israel* zeigte, daß die Nieren bereits durch die normalen Atemexkursionen des Zwerchfells verschoben werden. Dieser Zeit entstammt auch die bekannte Israelsche Halbseitenlage zur Untersuchung der Nieren bei angezogenen Knien. Die Beachtung der Albuminurie nach *Menge* sowie die Perkussion nach *Bartels* gehörten noch damals zu den wichtigsten diagnostischen Hilfsmitteln. Jedoch schon ein Jahr vor dem Erscheinen der Arbeit *Menges*, nämlich im Jahre 1905 kam der große Wendepunkt in der

Diagnostik der Nierenkrankheiten durch die geniale Arbeit *Voelckers* und *Lichtenbergs*. Mit der Einführung der Pyelographie legten sie den Grundstein für den heutigen Stand der Nierendiagnostik. In den folgenden Jahren wurden von *Fahr, Roessle* und *Rehn* Nierenschädigungen durch Eindringen des retrograd gespritzten Kontrastmittels in das Nierengewebe beobachtet.

Diese Schäden gehören heute der Vergangenheit an und sind überwunden. Unsere Diagnostik verfügt über gute Kontrastmittel, deren selten einmal beim retrograden, weniger beim intravenösen Pyelogramm auftretende Schädigungen in gar keinem Verhältnis zu ihrem Positiven stehen.

Wie aber kommt es nun zu diesem Krankheitsbilde der Wanderniere?

Im Jahre 1907 erschien *Glénards* „les ptoses viscérals". Hierin führt Verfasser aus, daß die Wanderniere stets die Teilerscheinung einer allgemeinen Enteroptose sei. In vielen Fällen trifft diese Anschauung sicher zu. Wir hatten jedoch unter unseren Nachuntersuchungen nur einen Patienten mit beiderseitiger Nierensenkung, die also unter die *Glénardsche* Theorie einzureihen wäre. Diese Theorie findet sich auch heute noch in unserer Fachliteratur wieder. Man hat nur den Begriff ein wenig durch ein neues Wort geändert. Heute sagt man allgemeine Bindegewebsschwäche. Für die Möglichkeit einer traumatischen Entstehung setzen sich *Fahr, Bürger, Küster, Gay, Schad, Güterbrok* und *Borgoras* ein. Diese Frage ist für die Unfallbegutachtung von wesentlichem Interesse. *Legueu* dagegen sagt: „Die Wanderniere ist immer spontan, auch wenn sie traumatisch zu sein scheint". Nach *Albarran* muß eine kongenitale Anlage vorliegen. Nach *Bouchard* sind Verdrängungserscheinungen, hauptsächlich von Leber und Milz die Ursache. Nach *Houtum* sind es Drucksenkungen im Abdomen wie sie nach Ascitespunktionen, Entbindungen, Operation großer Tumoren auftreten, die das auslösende Moment bilden. Den Beweis für diese Theorie erbrachten *Wolkow* und *Delitzin*. Sie riefen durch Abpräparieren der Bauchmuskulatur eine Drucksenkung hervor. Danach trat passives Tiefertreten der Nieren bis auf die Cristae ilei ein. Nach der Ansicht *Potels* und *Cordiers* wäre dieses Tiefertreten durch Mobilisation des Colons bedingt, da dadurch die Zusammenhänge gelöst werden. Nach seiner Anschauung kommt der Entwicklung von Peritonealfalten der Nierengegend die Hauptbedeutung für die spätere Entwicklung einer Wanderniere zu.

Diese Wandernieren nun werden von fast jedem Operateur nach seiner „eigenen" Methode operiert. Wir müssen uns deshalb auch etwas mit den verschiedenen Operationsmethoden befassen. Ich bringe hier nur eine klare Einteilung aus einer ausführlichen Arbeit von *Tichy* und *Fedoroff* und gehe nicht auf die Individualisierung, die sich hieraus ergibt, ein.

Nach ihnen teilen wir die Nephropexie in vier Hauptgruppen ein, und zwar:

I. Gruppe: Lumbale Nephropexie mittels Nähte, die durch das fibröse Nierenparenchym oder durch die Kapsel der Niere gezogen werden. 1. ohne Dekapsulation: a) Nähte durch die Niere; b) kapsuläre Nephropexie.

II. Gruppe: Lumbale Nephropexie. Nähte durch die Niere oder Nierenkapsel (ohne oder mit Dekapsulation). a) mit Bildung entzündlicher Verwachsungen um die Niere herum; b) mit Bildung einer künstlichen Stütze für die Niere.

III. Gruppe: Kombinierte Methoden der lumbalen Nephropexie. a) Kombination von Tamponade der Wunde mit Festnähung der Niere; b) Kombination der Festnähung der Niere mit Bildung einer Stütze aus dem umgebenden Gewebe; c) Kombination von kapsulärer Nephropexie mit Tamponade der Lumbalwunde.

IV. Gruppe: Atypische Operationen, die bei anomal dystopischen Nieren oder pathologischen Nieren angewandt werden. Hier wird die Niere meist partiell und meist dort fixiert, wo sich das am bequemsten erweist.

Hinzufügen möchte ich noch die Methoden, die auf das Schwinden der Schmerzen einen Einfluß haben: Die Entnervung der Niere periarteriell oder perivenös. Ob dieser Operation irgendeine Bedeutung zukommt, ist heute noch nicht zu übersehen. Die Resultate sind noch zu jung. Über Nervenoperationen an Nieren möchte ich die Arbeiten von *Rieder* erwähnen.

In dieser Übersicht kommt klar zum Ausdruck, daß eine ursächliche Behandlung, die ja stets die beste ist, wenn nicht ganz unmöglich, so doch wenigstens vom operativen Standpunkt aus sehr schwer sein dürfte. Es ist deshalb auch selten möglich, durch eine einzige Operation in jedem Falle alle Beschwerden auszuschalten. Es kommt dies auch in der von *Gottlieb* angegebenen Zahl von 150 „eigenen" Operationsmethoden sinnfällig zum Ausdruck.

Um die Indikation zur Operation stellen zu können, muß man sich über die Art der Entstehung klar sein. Hierzu schreibt *Minder:* „Schon vom Standpunkt eines operativen Eingriffes ist die Lösung der Frage von größter Wichtigkeit, da im Falle, daß die Krankheit eine konstitutionelle ist, die Operation nicht nur überflüssig ist, sondern die Kontraindikation eines chirurgischen Eingriffes geboten wäre." Ist die Senkung aber nur auf die Lockerung oder schwächere Ausbildung eines einzelnen Organes des Aufhängeapparates zurückzuführen, so wäre es in erster Linie notwendig, die Frage zu lösen, welcher Teil des Aufhängeapparates bei der Entstehung der Wanderniere von größter Wichtigkeit ist.

Besonders in der französischen Literatur finden wir wieder und wieder eine Einteilung in drei Gruppen. Auf Grund dieser Einteilung wird dann die Operationsindikation gestellt. Wir sind nun bei den von uns Nachuntersuchten zu der Feststellung gekommen, daß keiner von diesen sich in nur eine dieser Gruppen allein einreihen läßt. Ähnliche Feststellungen machten *Gottlieb* und *Butkewitsch.*

Die drei erwähnten Gruppen sind:

die neurasthenische,

die dyspeptische,

die schmerzhafte.

Wir sahen bei allen zu uns in Behandlung gekommenen Patienten alle drei Symptome mehr oder weniger stark ausgeprägt.

Über die Indikation zur Operation schreibt *Gouverneur:* „Die wirklich angeborenen Hydronephrosen mit ampullenförmigen Nierenbecken und Stenose an der Becken-Untergrenze dürfen nicht operiert werden, dagegen sind erworbene Erweiterungen nach einer Knickung sehr geeignet. Wird bei Colipyonephritis durch leichte Senkung die Entzündung unterhalten, so gibt auch hier die Operation gute Resultate." *Penell* teilt die Wanderniere in drei Gruppen ein: 1. ohne Symptome, 2. mit allgemeiner Enteroptose, 3. Niere-Hydronephrose, Blase-Polakisurie. Gruppe 1 und 2 operiert er nicht. An anderer Stelle (Bull. Soc. nat. Chir.) berichtet *Gouverneur* im Jahre 1935 über die Indikation. Er stellt drei Fragen: besteht Pyonephritis, Hydronephrose, Ausscheidungsminderung? Die Pyurie und Mikroben beseitigt er erst und operiert dann. *Wolfromm* faßt seine Indikation dahin zusammen: Wenn nur die Niere dauernd oder anfallweise schmerzt, wenn der Schmerz im Stehen zunimmt, im Liegen abnimmt, wenn Störungen seitens der Verdauungsorgane fehlen, wenn Leber, Galle, Magen ergebnislos untersucht sind, wenn Ureter oder Nierenbecken bei tiefer Atmung eine oder mehrere Knickungen zeigen, die auf der anderen Seite fehlen, dann ist die Indikation zur Operation gegeben. Andere Autoren machen prinzipiell erst eine Mastkur im Liegen und operieren nur bei deren Versagen. Und auch dann erst, wenn die Patienten einige Zeit mit Bauchbinde entlassen waren. *Gottlieb* kennt drei Gruppen: 1. Wanderniere als Zufallsbefund ohne Beschwerden und ohne Urinveränderungen. Hier darf man dem Patienten nicht einmal etwas von dem Befunde sagen! 2. Kranke, bei denen die bewegliche Niere akute Schmerzanfälle mit Nierenkolik charakteristischer Lokalisation, Irradiation und Dysurie hervorruft. Hier empfiehlt Verfasser, auch wenn allgemeine Ptose vorliegt, die Operation. 3. Kranke mit für Nierenkolik uncharakteristischen Schmerzanfällen. Sind diese rechtsseitig, so wird meist eine erfolg- und befundlose Appendectomie ausgeführt. *Alekseev* berichtet über 58% gleichzeitig bestehender Appendicitis chronica. — Zur Diagnose Blockade der Nierensegmente nach Löwen (D XII — L X) oder Bestimmung der Headschen Zonen. Ergeben die speziellen Untersuchungen, daß die Schmerzen auf die abnorme Beweglichkeit der Niere zurückzuführen sind, so gelten die gleichen Indikationen wie für Gruppe 2. 4. Kranke ohne akute Schmerzanfälle, die über mehr oder weniger beständige oder periodisch wiederkehrende Schmerzen klagen. Wird keine Ureterabknickung, die den Nierenabfluß behindert, gefunden, so überläßt Verfasser dem Patienten die Entscheidung.

Wie schon aus den Angaben dieser Autoren zu erkennen ist, liegen auch hier die Verhältnisse keineswegs klar, sondern sind mehr

oder weniger dem Empfinden des Chirurgen überlassen, in dessen Behandlung sich die Patienten begeben. Wie groß aber häufig die Erfolge der Operationen angegeben werden, möchte ich dadurch andeuten, daß *Héreco* einen Diabetes insipidus durch Nephropexie geheilt hat. Nach der Anschauung *Mischs* sollen die katarrhalischen Erscheinungen der Appendicitis schwinden, wenn die Nephropexie ausgeführt wird. Trotzdem operieren viele Chirurgen gleichzeitig vom verlängerten Flankenschnitt die Appendix. *Edelbohls* bemerkte bei 68—90% rechtsseitiger Nephroptose, chronische Appendicitis.

Wird eine Wanderniere wegen allgemeiner Enteroptose oder psychischer Beschwerden operiert, so geben alle Methoden schlechte Resultate, operiert man aber wegen Anfälle von Harnstauung, so ist die Operation fast regelmäßig von gutem Erfolg begleitet. Bei allen Operationen ist sorgfältig darauf zu achten, daß keine Knickung des Ureters oder der Gefäße oder keine Kompression erfolgt, denn gerade diese lösen ja häufig die Koliken aus.

Bei den von uns Nachuntersuchten sind folgende Erfahrungen gemacht. Alle von uns nachuntersuchten Patienten wurden nach Erhebung der Zwischenanamnese und des Palpationsbefundes nach dem von *Junker* angegebenen Verfahren geröntgt. Daß heißt, es wurden beim i. v. Pyelogramm geschossene Nierenbecken- und Ureteraufnahmen angefertigt. Außerdem wurde der Rest-N bestimmt und eine Urinkultur sowie eine mikroskopische Sedimentuntersuchung ausgeführt.

Die Patientin C. H., 35 Jahre alt, wurde uns vor 9 Jahren als Appendicitis eingewiesen. Beschwerden: seit Jahren Stuhlverstopfung. Damals Schmerzen und Druckschmerz der Nierengegend, in der regio lumbalis und umbilicalis und auch der regio ileocoecalis. Der Röntgenbefund: Beiderseits erheblicher Tiefstand der Nierenschatten, rechts mehr als links. Ureteren beträchtlich geschlängelt, keine Abknickungen. Linkes Pyelogramm zeigt normal geformtes Nierenbecken und kleine Kelche. Rechts: Schlechte Füllung. Behandlung: operativ. Die Niere wurde rechts freigelegt und unter ihrem unteren Pole das Peritoneum mit der Bauchwand vernäht. Die hochgeschobene Niere wurde so in normaler Lage festgehalten. Heute bestehen zwar keine Koliken mehr, aber seit einem Vierteljahr hat die Patientin häufig das Gefühl, als ob sich rechts am Becken etwas einklemme. Bei schlechtem Wetter Schmerzen im Epigastrium. Seit Operation reizbare Blase, Stuhl nur auf Abführmittel. Die rechte Niere ist 2 QuF. über dem Beckenkamm beweglich palpabel. Rest-N: 0,03. Urinsediment: Epithelien, Salze. Urinkultur: steril. Pyelographie: Bds. positiv. Die r. Niere steht etwas tiefer als die linke. In Rückenlage steht der untere Nierenpol r. 6 cm oberhalb des Darmbeinkammes. Kelche und Kelchhälse zart. Glatter Ureterverlauf. Nach Aufrichten der Patientin rückt der untere Nierenpol deutlich tiefer. Der unterste Nierenpol ist $2^1/_2$ cm vom Beckenkamm entfernt. Abnorme Schleifenbildung im Ureter ist nicht festzustellen.

Die Patientin G. R. wurde uns als Asthma eingewiesen. Die klinische Untersuchung ergab unter anderem: Asthma bronchiale, Emphysem, Nephroptose. Außerdem bestand Verdacht auf Tbk. pul-

monum et renum (der Tierversuch aus dem Urin war einmal positiv). Das Pyelogramm vom Jahre 1935: Bds. positiv. Im Stehen sank die rechte Niere stark nach abwärts, so daß ihr unterer Pol 2 QuF. tiefer als die Darmbeinschaufel lag. Der Ureter knickte sich an seiner Abgangsstelle ab. R. Nierenbecken ausgesprochen gekantet. Da die Patientin wiederholte Nierenkoliken sowie reichlich Leukocyten im Urin hatte, wurde im gleichen Jahre die Nephropexie r. ausgeführt. Seit dieser Zeit ist Pat. beschwerdefrei. Das Pyelogramm jetzt: Bds. positiv. Die r. Niere steht tiefer als die linke. Ihr unterer Pol steht 2 QuF. oberhalb des r. Darmbeinkammes. Dicht unterhalb des Ureterabganges findet sich eine kleine Schleife. Beim Aufrichten der Patientin streckt sich der Ureter, die Niere sinkt nicht weiter abwärts. Urteil: etwas tief stehende rechte Niere. Zustand nach Nephropexie. Keine abnorme Beweglichkeit. Urinkultur: steril. Sediment: Salze. Rest-N: 0,03.

Der Patient W. T. wurde uns als Cholelithiasis eingewiesen. Die klinischen Untersuchungen aber zeigten, daß es sich um eine rechtsseitige Wanderniere handelte. Das i. v. Pyelogramm vom Jahre 1933 ergab das Vorliegen einer Wanderniere r. mit ziemlich erheblichen Exkursionen. Eine stärkere uretero-renale Harnstauung mit Ausbildung hydronephrotischer Dehnung war noch nicht nachzuweisen. Auch wurde palpatorisch die um mehrere Zentimeter verschiebliche Niere festgestellt. Im gleichen Jahre schwanden bei dem Patienten nach eine Mastliegekur die Beschwerden fast ganz. Er klagt jedoch auch heute noch über eine leicht reizbare Blase und trägen Stuhl. Die Rücken- und Leibschmerzen stellten sich niemals wieder ein. Die Niere ist auch heute noch beweglich palpabel. Die Pyelographie ergab jetzt nur eine schwache Darstellung der Nierenbecken, da wir mit 35% Perabrodil arbeiten mußten, während sonst ausschließlich 50% zur Anwendung kommt. Das r. Nierenbecken ist plumper als das linke. Die Kelchenden sind abgestumpft. In aufrechter Stellung sinkt die Niere nur wenig nach abwärts. Sie erreicht mit ihrem unteren Pol noch nicht den Beckenkamm. Rest-N: 0,03. Sediment: Salze, vereinzelt Erythrocyten. Urinkultur: steril.

O. Sch. wurde uns 1934 als Wanderniere eingewiesen. Patient wurde, da er häufig von heftigen Ureterkoliken gequält wurde, operiert. Die rechte Niere wurde mit einem Faden, der mit der Kapsel vernäht war, an der 12. Rippe aufgehängt. Die Pyelographie zeigt keine starken Veränderungen im Sinne einer Stauung. Rechts waren die Kelche etwas plump, das Nierenbecken normal, der Ureter stark geschlängelt. Die Niere stand 2 QuF. über dem Darmbeinkamm. Nach dieser Operation war Patient bis zum November 1936 beschwerdefrei. Er lag allerdings noch einmal mit Hernienrezidiv, das durch große Bindegewebsschwäche bedingt war, in unserer Klinik. Im November 1936 hatte Patient wieder eine Ureterkolik. Die Pyelographie vom November 1936: Bds. positiv. Beide Nierenbecken gut gefüllt. Der zweitoberste Nierenkelch rechts ist weit und auffallend rund. Der rechte Ureter ist 3 QuF. unterhalb des Nierenbeckens rechtwinklig abgebogen. Guter Abfluß durch die Ureteren. Auf der linken Seite ist der Ureterverlauf grade. Urteil: Winkelung des rechten Ureters unterhalb des Nierenbeckens.

K. P. Als Verdacht auf Nieren-Tbk. wurde uns die Patientin im Jahre 1933 eingewiesen. Die klinischen Untersuchungen brachten

jedoch keinen Anhalt für die Bestätigung der Diagnose. Das Pyelogramm zeigte deutliche Erscheinungen der Ureterknickung und beginnender Hydronephrose bei Wanderniere. Auch das linke Nierenbecken war etwas erweitert. Da Pat. fast ununterbrochen Schmerzen hat, durch die sie sehr heruntergekommen und arbeitsunfähig ist, da dauernd Erythrocyten und vereinzelt auch Leukocyten im Urin gefunden wurden, und das Pyelogramm obenerwähnten Befund bot, wurde die Nephropexie ausgeführt. Die Zipfel der gespaltenen Kapsel wurden an der 12. Rippe fixiert, der hintere an der Lendenmuskulatur. Auch heute bestehen wieder unbestimmte Schmerzen bei der Patientin, hauptsächlich im Bereich der r. Nieren-Uretergegend. Dazu kommen Klagen über Stuhlverstopfung. Allerdings sind in der Zeit nach der Operation keine Koliken wieder aufgetreten, wohl aber klagt Patientin, daß sie seit der Operation eine reizbare und empfindliche Blase behalten hat. Pyelogramm: Bds. positiv. Beide Nierenbecken relativ weit. Weite Kelchhälse, aber gut ausgezeichnete Kelchenden. Das r. Nierenbecken steht etwas tiefer als das linke. Beim Aufrichten der Patientin sinkt die Niere etwas nach abwärts. Der untere Nierenpol schneidet im Stehen etwa den oberen Rand der Darmbeinschaufel. Dicht oberhalb der r. Darmbeinschaufel findet sich eine Winkelung im Ureter. Urinkultur ∅. Sediment: mäßig Leukocyten, vereinzelt Erythrocyten, Salze. Rest-N: 0,03.

C. B. Patientin wurde von der Med. Kl. mit deutlich palpabler und verschieblicher Niere links verlegt. Im Jahre 1928 wurde die Operation vorgenommen. Denn seit einem Jahre bestanden oft rezidivierende Koliken, Brennen beim Wasserlassen. Patientin mußte deshalb lange Zeit in klinischer Behandlung bleiben. Das Pyelogramm ergab: Die r. Niere steht wohl etwas tief, jedoch kann man von einer eigentlichen Dystopie nicht sprechen. Ureterverlauf bds. regelrecht. Ende der beiden Katheter i. H. des. 1—2. LW. Die angeschlossene Pyelographie ergab bds. kleine Nierenbecken. zarte Kelche von regelrechter Form. Bei der Operation wird durch den unteren Nierenpol ein Seidenfaden gezogen und dieser um die 12. Rippe geführt und über der Haut verknüpft. In der ersten Zeit nach der Operation war Pat. beschwerdefrei, jedoch schon nach 2—3 Jahren stellten sich zunächst dumpfes Druckgefühl und eine reizbare Blase ein. Bisweilen ist der Stuhl auch angehalten. Zu eigentlichen Koliken hingegen ist es nicht wieder gekommen. Sediment: ∅. Kultur: ∅. Rest-N: 0,03. — Die Pyelographie ergab jetzt: Bds. positiv. Ausgesprochen zweigeteiltes Nierenbecken links. Rechtes Nierenbecken o. B. Ureterverlauf im Liegen gestreckt. Beim Aufrichten bildet sich dicht unterhalb des Ureterabganges ein deutlicher Knick. Die Niere sinkt nur wenig abwärts.

An unserer Klinik wurden viele Patienten von ausgezeichneten Chirurgen nach den verschiedensten Operationsmethoden operiert. Trotzdem aber sind die Resultate, wenn wir von Dauererfolgen sprechen wollen, klinisch entmutigend. Und das trotzdem wir die Operationsresultate bei verschiedenen Nachuntersuchungen auf dem Pyelogramm erhalten fanden. Es besteht hier also ein klares Mißverhältnis zwischen Röntgenbefund und klinischen Beschwerden. Dabei drängt sich uns die Frage auf: ist vielleicht noch irgendein anderer Faktor an der Auslösung der typischen Wandernierenbeschwerden beteiligt?

Ist diese unbekannte Komponente vasogen, tonogen oder neurogen? Noch ist diese Frage nicht gelöst.

Interessant ist in diesem Zusammenhange auch, daß die von uns operierten Patienten oft noch ein bis zwei Jahre nach der Operation des Lobes voll waren, denn sie waren ja fast beschwerdefrei. Lag aber die Operation erst einmal einige Jahre zurück, so waren auch regelmäßig die alten Beschwerden wieder da. Vermindert manchmal um typische Koliken, vermehrt aber durch eine nach der Operation reizbar gewordene Blase. Diese behalten die Patienten meist, trotzdem sie häufig längere Zeit vom Praktiker wegen ihrer Cystitis behandelt wurden.

Was das Verhältnis der Erkrankung von ♀ : ♂ betrifft, so waren von 58 bei uns Behandelten 54 ♀ und 4 ♂, also nicht einmal 8%.

Zusammenfassend können wir also sagen: Pathologisch-anatomisch ist der Begriff Nierendystopie durch Angabe der Normalhilushöhe festgelegt. Die Normalzahlen für den Stand des unteren oder oberen Poles geben uns vielleicht bei der Palpation einen Anhalt. Bei der Nephroptose jedoch haben auch diese Zahlen keinen absoluten Wert, denn wir finden hier ja häufig eine Verdrehung der Niere um den Hilus, die den unteren Pol relativ hebt. Röntgenologisch sind die letztgenannten Polgrenzen, besonders bei ambulant pyelographierten Patienten nicht immer sicher zu erfassen. Denn diese Patienten sind meist schlecht abgeführt. Den gut dargestellten Hilus sehen wir aber — wenn das Pyelogramm positiv ist — stets. Haben wir nun an Hand eines Pyelogrammes festgestellt: die Niere steht zu tief, so ist deshalb der Patient noch nicht als wandernierenkrank zu bezeichnen noch viel weniger aber dürfen wir wegen dieses Tiefstandes eine Operation vornehmen. Wir sehen daraus nur, daß die angegebenen Beschwerden des Patienten auf diesen Tiefstand zurückzuführen sein können. Was nun die Indikation zur Operation betrifft, so waren die Resultate derart entmutigend, daß man sich fragen muß: soll eine Wanderniere überhaupt operiert werden?!

Man sollte immer erst einen Versuch mit einer Mastliegekur und mit einer Leibbinde oder andern konservativen Mitteln machen. Bleiben diese Versuche aber längere Zeit hindurch ohne Erfolg und bestehen schmerzhafte Anfälle mit nachweisbarer Ureterknickung oder fortschreitender Nierenschädigung, dann ist die Operationsindikation gegeben. Erstens um den Patienten von seinen oft unerträglichen Schmerzen zu befreien, zweitens um eine fortschreitende Nierenschädigung aufzuhalten.

Daß es noch keine absolut sichere Operationsmethode gibt, beweisen uns die 150 früher erwähnten „eigenen" Operationsmethoden. Daß sich trotz bester Operationstechnik und Operationsmethode kein absoluter Dauererfolg fand wurde erwähnt. Denn sicher spielen außer den uns bekannten, noch andere neurogene, vasogene oder tonogene Faktoren eine wesentliche Rolle.

Auf jeden Fall muß es der Arzt unbedingt vermeiden, einem Patienten die Diagnose Wanderniere zu sagen, sofern er nicht vor-

dem alle anderen möglichen Ursachen der Beschwerden differentialdiagnostisch mit Sicherheit ausgeschlossen hat. Es sind das vor allem mit der Menstruation einhergehende Unpäßlichkeiten sowie Beschwerden von Seiten des Abdomens (Galle, Pankreas, Appendix, Colon). Wiederholt konnten wir beobachten, daß besonders Patientinnen, denen einmal die Diagnose Wanderniere an die Ohren gekommen war, nun all ihre Unterleibsbeschwerden und auch solche abdominaler Herkunft in die neuentdeckte Wanderniere lokalisierten. Diese Patienten wurden also erst durch das Wort des Arztes wandernierenleidend gemacht! Ebenso genau aber wissen wir, daß ein großer Prozentsatz völlig gesunder Menschen mit tiefstehenden und auch beweglichen Nieren herumläuft.

Wichtig zu erwähnen ist noch, daß bei Patienten, die in unserer Behandlung mit Nephroptose waren, meist nicht — wie man erwarten sollte — Leukocyten das Sedimentbild beherrschten. Nein, meistens wurden gerade Erythrocyten als überwiegender pathologischer Harnbestandteil gefunden.

LITERATURVERZEICHNIS.

Alexjeff: Med. Journ. Moskau. Nr. 5 (russisch). Nephropexie und Appendectomie als einzeitige Operation.

Alekseev: Urol. 11, 5.—10., 1934 (russisch). Die Pathogenese der Wanderniere.

Bertini, Turin: Boll. Soc. Piemont. di. Chir. 1934, 4, H. 6. Experimentelle Untersuchungen zur Nephropexie mit Catgut.

Braasch, Rochester: J. amer. med. Assoc. 98, Nr. 8. Konservativismus in der Behandlung der Wanderniere.

Chatelin: Nutrition (Paris) 3, 475, 484 (1935). Le rein mobile.

Dardel: Arch. f. klin. Chir. 1921, Bd. 115, RXVII, S. 423. Über einen Fall von doppelseitiger Hydronephrose mit Anurie bei Wanderniere.

Demel: Zschr. f. urol. Chir. 1927, 22. H., 3/4, S. 248. Ist die Nephroptose ein chirurgisches Leiden?

Ducuing, I., et Giscard, I. B.: Un cas d'iléus par rein mobile.

Fedoroff: Z. f. Urol. 17, 1923, 17—19.

Fowler: Long. Island med. journ., Bd. 17, Nr. 5, 1923, S. 183. Differentialdiagnosis between gall bladder disease and right movable kidney.

Flörcken: Hdbch. d. Urol., Bd. 4, S. 659, 1927. Die Wanderniere.

Franz: Arch. f. Gynäkolog., Jg. 46, Nr. 30, S. 1225. Zur Klinik der Wanderniere.

Girolamo: Rif. med., Jg. 38, Nr. 9, S. 199—202. Scoliosa riflessa da rene mobile. — Palermo. Tipograph. naz. 1920, LXXXII, S. 822. Rene mobile contributo et operativo.

Gittierez: Revista de chir. de Buenos Aires 1925 Ano IV, Nr. 1, RXX, S. 240: Nieren-Colonptose und ihre Behandlung.

Gottlieb: Z. Urol. 27, 363—376, 1923. Die Diagnostik der Nephroptose und Indikation zu ihrer operativen Behandlung.

Gouverneur: Bull. Soc. nat. Chir. Paris, 61, 575—584 (1935). Die Indikation zur Operation der Nierensenkung. Im gleichen Band, S. 849—851.

Haselhorst: Ztbl. f. Gynäkolog., Nr. 8, 1923. Eine Beckenniere als Geburtshindernis.

Hartmann: Journ. des practiciens, 1921, Nr. 10, S. 152. Crises douloureuses dans le rein mobile.

Henßelmann: Röntgenologia, Bd. 1, H. 3, S. 33—35 (ungarisch). Die Differentialröntgendiagnostik der calculösen Gallenblase und der Wanderniere.

Hyman: Internat. journ. of surg., Bd. 35, Nr. 4, S. 126—127. Ptosis of a kidney with renal stasis in a child.

Janssen: Zschr. f. urol. Chir., Bd. 16, S. 219. Wanderniere und Gallenblasenerkrankungen.

Kidd: J. of Urol. 26, 327—378 (1931). Acquired renal dystopia or movable kidney.

Kleiber: J. de Chir. 1934, 43, 22. Les résultats éloignées de la nephropexie par arrisation du fascia rénal.

Kostlivy: Ztbl. f. Chir., Nr. 6, 1923. Eine einfache Methode zur operativen Befestigung der Wanderniere.

Lichtenberg: 5. Kongr. d. Dtsch. Ges. f. Urol., Wien, Sitzung 1. Oktober 1921. Zur Pathologie der Hydronephrose bei Wanderniere.

Mathé: Surg. 57, 538—545 (1935), San Francisco. Nephropexie.

Minder: Z. f. Urol. 27, 376—384 (1933). Zur chirurgischen Behandlung der Wanderniere.

Noble: Americ. journ. of obstetr. a. gynecol., Bd. 3, Nr. 5, S. 494—495. Transperetoneal nephropexy.

Penell: Lancet (1935), Cambridge, I, 261—262. Wanderniere.

Plenz: Dtsch. med. Wchschr., Nr. 34, 1922. Über Beziehung zwischen Nierensenkung und Magen-Darmlähmung.

Potel et Cordier: Journ. d'urol., Bd. 15, Nr. 3, 1923. Pourquoi le rein mobile est'il plus fréquent á droit qu'á gauche.

Radzievskij: Nov. chir. Arch. 23 (1931), 168—178 (russisch). Die Wanderniere.

Suracco: Montevideo. An. Fac. 1933, H. 1, Bd. I. Das Problem der Wanderniere.

Silvau: Arch. ital. di. chir., Bd. 5, H. 5, S. 230. Wanderniere und Appendicitis.

Thomas: J. of. Urol. 22, H. 6. Observations on the diagnosis and treatment of movable kidney.

Voelcker: Röntgendiagnostik der Harnwege. Ztbl. f. Chir., Jg. 53, Nr. 44, S. 2792—2798 (1926).

LEBENSLAUF.

Ich, Wolfgang-Eberhard Weber, wurde am 15. September 1909 als drittes Kind des Schriftstellers und Studiendirektors Gottwalt Weber in Dessau geboren. In Zerbst, wohin mein Vater 1911 versetzt wurde, besuchte ich bis zum Abitur, das ich Ostern 1929 bestand, das humanistische Gymnasium.

Ich begann im Sommer des gleichen Jahres das Studium der Medizin in Innsbruck, das zweite Semester hörte ich in Halle und ging im dritten nach Greifswald. Hier bestand ich das Vorexamen. Im sechsten blieb ich noch in Greifswald. Im siebenten belegte ich in Göttingen, im folgenden hörte ich in Freiburg. Im Sommer 1933 ging ich hauptsächlich aus politischen Gründen nach Wien und kehrte von dort nach Göttingen zurück. Hier bestand ich mein Staatsexamen, das ich am 12. Januar 1935 beendete. Als Medizinalpraktikant war ich 7 Monate an der Chirurgischen Universitätsklinik in Göttingen, und anschließend 5 Monate an der Universitätskinderklinik in Greifswald tätig. Seit dem 15. Januar 1936 bin ich als hospitierender Arzt an der I. Chirurgischen Universitätsklinik in Hamburg-Eppendorf und gedenke hier meine chirurgisch-urologische Fachausbildung abzuschließen.